

LỰA CHỌN PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM CHO PHẪU THUẬT CẮT HOẠI TỬ GHÉP DA TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI MẮC NHIỀU BỆNH NẶNG KẾT HỢP

(Thông báo lâm sàng)

Nguyễn Ngọc Thạch, Nguyễn Hồng Thái và cộng sự
Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gây mê cho phẫu thuật cắt hoại tử ghép da trên bệnh nhân cao tuổi suy tim độ III, tăng huyết áp, đái tháo đường tuýp II, viêm phổi, bệnh tim thiếu máu cục bộ, hẹp động mạch vành phải, huyết khối tĩnh mạch đùi đã đặt filter tĩnh mạch chủ dưới là một thách thức với bác sỹ gây mê vì nguy cơ suy tim nặng lên, nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ có thể xảy ra trong và sau mổ.

Vào ngày 5/12/2019, chúng tôi đã gây mê thành công cho ca phẫu thuật cắt hoại tử ghép da trên bệnh nhân cao tuổi mắc nhiều bệnh nặng kết hợp như trên.

Giới thiệu ca bệnh: Bệnh nhân nữ 88 tuổi có tiền sử suy tim độ III, tăng huyết áp, đái tháo đường tuýp II, viêm phổi, bệnh tim thiếu máu cục bộ, hẹp động mạch vành phải, huyết khối tĩnh mạch đùi đã đặt filter tĩnh mạch chủ dưới, phẫu thuật tắc ruột.

Ngày 28/11/2019 bệnh nhân vào Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác với tình trạng tỉnh, thể trạng béo, thân nhiệt 37,3°C; mạch 78 lần/phút - không đều; huyết áp 170/90mmHg, SpO₂ 99%, tự thở qua Sjoberg mở khí quản, rì rào phế nang giảm hai đáy phổi, rải rác rales nhỏ, bụng mềm chướng. Tại chỗ: Tổn thương hoại tử và tổ chức hạt xấu vùng bụng diện tích 3%.

Ngày 5/12/2019, bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt hoại tử ghép da vùng bụng dưới gây mê.

Kết luận: Gây mê cho phẫu thuật cắt hoại tử ghép da trên bệnh nhân cao tuổi mắc nhiều bệnh nặng kết hợp yêu cầu khám bệnh chi tiết, chuẩn bị bệnh nhân trước mổ tối ưu, lập kế hoạch gây mê và theo dõi cẩn thận trong phẫu thuật. Gây mê với các thuốc mê, thuốc an thần, thuốc giảm đau ít ảnh hưởng đến huyết động là các yếu tố quan trọng giúp gây mê phẫu thuật thành công ở bệnh nhân.

Từ khóa: Cao tuổi, bệnh nặng kết hợp, gây mê, cắt hoại tử ghép da

ABSTRACT

Introduction: General anesthesia for necrosis excision in the elderly with the third degree heart failure, hypertension, diabetes mellitus type II, pneumonia, heart ischemia disease, right coronary artery stenosis, femoral venous thrombosis inserted a filter in inferior vena cava is a challenge for anesthetist because risk of more severe heart failure, myocardial infarction, and stroke can occur during and after surgery.

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Thạch, Khoa Gây mê, Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác
Email: thachgmhs@yahoo.com.vn

On December 5th 2019, general anesthesia for necrosis excision and skin graft on the case with severe co-morbidities was made successfully.

Case report: *An 88-years-old woman had a history of the third degree heart failure, hypertension, diabetes mellitus type II, pneumonia, heart ischemic disease, right coronary artery stenosis, femoral venous thrombosis inserted a filter in inferior vena cava, bowel obstruction surgery.*

On November 28th 2019, she was admitted to the intensive care unit in national hospital of burns in condition with consciousness, obesity, body temperature 37.3°C, irregular pulse rate 78bpm, blood pressure 170/90mmHg, SpO₂ 99%, spontaneously tracheostomized ventilation, diminished breath sounds on bilateral bases, scattered fine crackles, soft and distensive abdomen. Local injury included 3% total surface body area of necrosis and bad granulation tissue on abdominal wall.

On December 5th 2019, necrosis excision and skin graft on abdominal wall under general anesthesia was made.

Conclusion: *General anesthesia for necrosis excision and skin graft on the elderly with severe co-morbidities requires detailed physical examination, optimal preoperative preparation, careful general anesthesia planning and intraoperative monitoring. General anesthesia with less hemodynamically affecting anesthetics and sedatives as well as analgesics is an important factor for successful surgical general anesthesia in the case.*

Keywords: *The elderly, co-morbidity, general anesthesia, necrosis excision and skin graft*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê cho phẫu thuật cắt hoại tử ghép da trên bệnh nhân cao tuổi suy tim độ III, tăng huyết áp, đái tháo đường type II, viêm phổi, bệnh tim thiếu máu cục bộ, hẹp động mạch vành phải, huyết khối tĩnh mạch đùi đã đặt filter tĩnh mạch chủ dưới là một thách thức với bác sỹ gây mê vì nguy cơ suy tim nặng lên, nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ có thể xảy ra trong và sau mổ.

Vào ngày 5/12/2019, chúng tôi đã gây mê thành công cho phẫu thuật cắt hoại tử ghép da trên bệnh nhân nữ 88 tuổi mắc nhiều bệnh nặng kết hợp như trên.

2. THÔNG BÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Nguyễn Thị N., nữ, sinh năm 1931, số bệnh án 9951, nặng 60kg với tiền sử suy tim độ III, tăng huyết áp, đái tháo đường tuýp II, viêm phổi, bệnh tim thiếu máu cục bộ, hẹp động mạch vành phải, huyết khối tĩnh mạch đùi đã đặt filter tĩnh mạch chủ dưới.

Trước khi vào Bệnh viện Bông Quốc gia bệnh nhân đã mổ tắc ruột tại Bệnh viện Việt Đức, mổ lại lần 2 tại Bệnh viện Đại học y Hà nội do chảy máu thành bụng, vết mổ lâu liền, loét

hoại tử, tiết dịch mủ nhiều, chuyển Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Bông Quốc gia ngày 28/11/2019 trong tình trạng tỉnh, mệt, thể trạng béo, thân nhiệt 37,3°C; mạch không đều 78 lần/phút; huyết áp 170/90mmHg, tự thở qua Sjoberg mở khí quản, SpO₂ 99%; ri rào phế nang giảm hai đáy phổi, rales nổ rải rác hai phổi, bụng mềm chướng nhẹ. Tại chỗ vùng bụng có tổn thương hoại tử và tổ chức hạt xấu diện tích 3% còn giả mạc, tiết dịch vừa, bờ mép viêm nề nhẹ. Xét nghiệm khí máu 28/11/2019 có pH 7,5; pO₂ 106mmHg; pCO₂ 58mmHg; Glucose 10,7mmol/L; Lactate 1,1mmol/L.

Bệnh nhân được chẩn đoán khi vào Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Bông Quốc gia là 3% hoại tử và tổ chức hạt vùng bụng sau phẫu thuật tắc ruột tháng thứ hai trên bệnh nhân viêm phổi, suy tim độ III, tăng huyết áp, đái tháo đường tuýp II, hẹp động mạch vành phải, huyết khối tĩnh mạch đùi đã đặt filter tĩnh mạch chủ dưới.

Chụp XQ tim phổi ngày 29/11/2019 cho thấy bóng tim to, rốn phổi hai bên đậm, các nhánh huyết quản rườm rà, mờ góc sườn hoành hai bên.

Siêu âm tim ngày 29/11/2019 có dày đồng tâm thất trái, vận động thành tim tốt, kích thước

các buồng tim trong giới hạn bình thường, chức năng tâm thu hai thất bình thường, EF 70%, tràn dịch màng phổi hai bên mức độ ít.

Siêu âm tĩnh mạch chi dưới ngày 29/11/2019 cho thấy huyết khối tĩnh mạch đùi nông bên trái. Điện tim ngày 29/11/2019 có nhịp xoang 92 lần/phút; T (-) từ V2 đến V6, ST chênh xuống 1mm.

Xét nghiệm máu 3/12/2019 cho thấy hồng cầu 2,47 T/L; huyết sắc tố 74g/L; hematocrit 0,223L/L; bạch cầu 6,2G/L; bạch cầu đa nhân trung tính 88,3%; tiểu cầu 174G/L; Ure 11,9mmol/L; Glucose 6mmol/L; Creatinin 84 μ mol/L; Protein toàn phần 48g/L; Albumin 28g/L; Procalcitonin 0,68ng/mL.

Xét nghiệm nước tiểu 3/12/2019 cho thấy nước tiểu có tỷ trọng 1,030; pH 5,0; Protein (-), bạch cầu (-), Glucose (-).

Xét nghiệm khí máu ngày 4/12/2019 có pH 7,42; pO₂ 127mmHg; P/F ~ 282; pCO₂ 51mmHg; Na⁺ 134mmol/L; K⁺ 3mmol/L; Ca⁺⁺ 1,01mmol/L; Glucose 4,7mmol/L; Lactat 0,4mmol/L; Hematocrit 24%; HCO₃⁻ 33,1mmol/L.

Tại Khoa Hồi sức Cấp cứu bệnh nhân được thở máy, truyền dịch, sử dụng kháng sinh, trợ tim, giãn vành, hạ huyết áp, khí dung, tổn thương vùng bụng được thay băng hàng ngày và hút áp lực âm liên tục.

Vào 8 giờ 50 phút ngày 05/12/2019, bệnh nhân lên phòng mổ trong tình trạng tỉnh đã được đặt catheter tĩnh mạch đùi phải, huyết áp động mạch xâm nhập tay phải trước đó tại Khoa Hồi sức cấp cứu, đang được duy trì truyền Dobutamin liều 10,45 μ g/kg/phút, thở máy kiểu thở (mode) SIMV/PC trong đó áp lực thở vào (Pi) 10 cmH₂O; tần số thở 16 lần/phút, thời gian thở vào (Ti) 1,2 giây; áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) 6cmH₂O; áp lực hỗ trợ (PS) 10cmH₂O với tần số tim 115 lần/phút; huyết áp 89/61mmHg, SpO₂ 99%.

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là 3% tổ chức hạt vùng bụng, phương pháp mổ dự kiến là ghép da tự thân và phương pháp vô cảm là gây mê. Khởi mê hồi 9 giờ ngày 05/12/2019 bằng tiêm tĩnh mạch Ketamin 100mg (tương đương 1,67mg/kg), sau đó tiêm

tĩnh mạch liều nạp Fentanyl 100 μ g (tương đương 1,67 μ g/kg), Midazolam 2mg (tương đương 33,33 μ g/kg), duy trì mê bằng truyền tĩnh mạch liên tục hỗn hợp Fentanyl 30 -50 μ g/giờ (tương đương 0,008 - 0,014 μ g/kg/phút) và Midazolam 1500 - 2500 μ g/giờ (tương đương 0,42 - 0,69 μ g/kg/phút).

Trong mổ tần số tim dao động 88 - 110 lần/phút, thấp nhất 72 lần/phút, cao nhất 120 lần/phút, huyết áp động mạch xâm nhập dao động 93 - 109/55 - 68mmHg, thấp nhất 66/46mmHg, cao nhất là 177/107mmHg, SpO₂ dao động 99 - 100%. Trong mổ tiếp tục duy trì truyền Dobutamin với liều như trước mổ 10,45 μ g/kg/phút, khi xuất hiện tình trạng hạ huyết áp, bổ sung truyền tĩnh mạch Noadrenalin 0,04 - 0,18 μ g/kg/phút dựa vào tình trạng đáp ứng của huyết động.

Các thuốc và dịch truyền sử dụng trong mổ bao gồm 200ml huyết tương nhóm O, 100ml máu nhóm O, Solumedrol 40mg, Fentanyl 130 μ g, Midazolam 3,5mg. Bắt đầu mổ lúc 9 giờ 10 phút, ngày 05/12/2019, kết thúc mổ lúc 10 giờ 10 phút ngày 05/12/2019, sau mổ chuyển bệnh nhân về Khoa Hồi sức Cấp cứu tiếp tục thở máy. Bệnh nhân tỉnh lúc 11 giờ, ngày 05/12/2019.

3. BÀN LUẬN

Bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh kết hợp cần phải cắt hoại tử ghép da nên việc lựa chọn thuốc mê, thuốc giảm đau trong mổ là một thách thức với bác sỹ gây mê. Trên bệnh nhân người lớn, khởi mê thường sử dụng các thuốc mê đường tĩnh mạch mà không sử dụng các thuốc mê đường hô hấp do đặc tính khởi mê nhanh của các thuốc mê đường tĩnh mạch [4].

Bệnh nhân tăng huyết áp có thể bị hạ huyết áp nặng với các liều thuốc mê nhỏ. Khi hạ huyết áp 50% so với trước mổ là rất nguy hiểm dễ gây tử vong [1].

Khởi mê bằng thuốc mê tĩnh mạch Propofol không phù hợp ở bệnh nhân này do thuốc gây nhịp tim chậm, giãn mạch ngoại vi gây hạ huyết áp nặng [4]. Khởi mê bằng thuốc mê tĩnh mạch Etomidat là một thuốc mê phù hợp cho bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch do thuốc không ức

chế cơ tim, không gây những biến động lớn về huyết động [2], tuy nhiên hiện tại trên toàn quốc không còn thuốc này để sử dụng nữa.

Khởi mê bằng thuốc mê tĩnh mạch Ketamin có đặc điểm giảm đau bề mặt tốt, tăng huyết áp [4] do đó với giá trị huyết áp của bệnh nhân ngay trước khởi mê là 87/51mmHg việc lựa chọn Ketamin là hợp lý. Tuy nhiên duy trì mê tiếp theo bằng Ketamin là không hợp lý vì các tác dụng không mong muốn của thuốc là gây ảo giác, hoang tưởng, tăng tiết nước bọt, tăng tần số tim, tăng tiêu thụ oxy cơ tim mà bệnh nhân này bị suy tim độ III, hẹp động mạch vành phải [2]. Việc sử dụng thuốc mê bốc hơi Sevofluran để duy trì mê cũng không phù hợp do đặc tính giảm sức bóp cơ tim, giảm huyết áp, giãn mạch ngoại vi của thuốc này [1] [2]. Do đó chúng tôi lựa chọn duy trì mê bằng truyền tĩnh mạch hỗn hợp thuốc giảm đau Fentanyl và thuốc an thần Midazolam.

Trong gây mê cân bằng người ta khuyến cáo sử dụng đường tĩnh mạch liều nạp Fentanyl 2 - 20 μ g/kg, duy trì 0,025 - 0,25 μ g/kg/phút [3] và Midazolam liều nạp 100 - 400 μ g/kg, duy trì 0,5 - 1,5 μ g/kg/phút [4].

Trên bệnh nhân cao tuổi và nhiều bệnh nặng kết hợp chúng tôi đã sử dụng liều Fentanyl và Midazolam thấp hơn khuyến cáo nhằm bảo đảm an toàn cho gây mê phẫu thuật.

Ngoài ra, do đặc điểm của gây mê cho phẫu thuật cắt hoại tử bỏng ghép da là chỉ cần bệnh nhân an thần sâu, không đau, ổn định hô hấp tuần hoàn và không đòi hỏi giãn cơ trong phẫu thuật. Do đó, chúng tôi đã không sử dụng bất kỳ thuốc giãn cơ nào trong mổ.

4. KẾT LUẬN

Gây mê cho phẫu thuật cắt hoại tử ghép da trên bệnh nhân cao tuổi mắc nhiều bệnh nặng kết hợp yêu cầu khám bệnh chi tiết, chuẩn bị bệnh nhân trước mổ tối ưu, lập kế hoạch gây mê và theo dõi cẩn thận trong phẫu thuật. Gây mê với các thuốc mê, thuốc an thần, thuốc giảm đau ít ảnh hưởng đến huyết động là các yếu tố quan trọng giúp gây mê phẫu thuật thành công ở bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn gây mê hồi sức trường đại học y Hà nội (2006)**, "Gây mê mổ bệnh nhân tăng huyết áp" Bài giảng gây mê hồi sức dùng cho đại học và sau đại học tập II, Nhà xuất bản y học, Hà nội, trang 250-261.
2. **Bộ môn gây mê hồi sức trường đại học y Hà nội (2006)**, "Gây mê mổ những người mang bệnh tim" Bài giảng gây mê hồi sức dùng cho đại học và sau đại học tập II, Nhà xuất bản y học, Hà nội, trang 262-273.
1. **3.Sota Omoigui (1995)**, The anesthesia drugs handbook, second edition, Mosby-Year Book Inc, Baltimore, USA, p.127-232
2. **4.Wilton C. Levine (2010)**, "Chapter 11. Intravenous and Inhalation Anesthetics" Handbook of Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital, eighth edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, p.150-164